

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 6678143000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 20/10/2021		5 - Senha 3939	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3939	
8 - Nome do Beneficiário ALESSANDRA DE SOUZA CIRILO			
9 - Validade da Carteira 01/01/2029		10 - Nome ALESSANDRA DE SOUZA CIRILO	
11 - Número da Carteira 1119230		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
13 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A			
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Contratado	
22 - Data da Solicitação 20/10/2021		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 2		25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql Solu.		28 - Ql Autoriz.	
29 - Código na Operadora 23876304000112			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A			
31 - Código CNES 9365230			
32 - Tipo Atendimento 04			
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
37 - Data de Realização de Exames Realizados			
38 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição			
42-Qtd. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional			
52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 150,46		60 - Total de Taxas e Annuéis (R\$) 0,00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 150,46		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alessandra de Souza Cirilo
Nº da Carteira: 11.1.9230
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 05/04/2005

Nº da Guia: 3939



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/09/2021	16:40:00	Em frente ao ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Torax, Pescoço

Descrição

A aluna interna relata que estava brincando no touro mecânico,, e ao cair do touro, elevou o pescoço para frente , batendo com muita força . A aluna refere muita dor na coluna e no pescoço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Letícia	(42) 98849-1919

Quem prestou primeiros socorros	Data
Beatriz	27/09/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá sa	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações

A aluna foi atendida na enfermaria, porem devido ao grau de dor e dificuldade motora, achei melhor encaminha la.

Ass.: *Célia T. D. da Silva*
Enfermeira
Coren/PR 000 602 977

Célia Teixeira Damasceno da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 3939

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validação da Semha

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ALESSANDRA DE SOUZA CIRILO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a PD

1119230

1119230

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Contratado

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Data de Realização

28 - Qtd. Sessões

29 - Qtd. Sessões

30 - Qtd. Sessões

31 - Qtd. Sessões

32 - Qtd. Sessões

33 - Qtd. Sessões

34 - Qtd. Sessões

1

22

Consultoria em pronto socorro

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

23876304000112

23876304000112

35 - Código CBO

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento ou doença relacionada

34 - Tipo da Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. Sessões

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Rnd / Anosc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional Executante

48 - Seq. Ref

49 - GR Part

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Nome do Profissional

53 - Nome do Profissional

54 - Nome do Profissional

55 - Nome do Profissional

56 - Nome do Profissional

57 - Nome do Profissional

58 - Nome do Profissional

59 - Data de Realização de Procedimento em Grátis

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Questões / Justificativas

68 - Total Procedimentos (R\$)

69 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

70 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

71 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

72 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

73 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

74 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

75 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

76 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

77 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: CFSILVA

Data/Hora: 27/09/2021 21:43:12

Controle: 6678143

Assinatura: 6678143

Conteúdo: (N)ST ADVENTISTA-AP

6678143



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 6678143

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Nº Guia Principal 3939

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operador

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome ALESSANDRA DE SOUZA CIRILO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a PR N

13 - Código da Sociedade

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

SAMUEL MACHADO

6

28684

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabixa

25 - Causa do Atendimento

26 - Descrição

1 22

27/02/2021

RX - Coluna Lombo-sacra - 3 incidências

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEO 15284

29 - Código na Operadora

30 - Nome da Contratada

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Tipo de Atendimento

32 - Tipo de Exame

33 - Tipo de Exame

34 - Medico de Encaminhamento ou Responsável

35 - Data de Exatidão / Procedimento e Exame Realizados

36 - Data

37 - Hora

38 - Valor

39 - Código do Procedimento

40 - Descrição

41 - CID-10

42 - Via

43 - Tbc

44 - Valor Real / Aceite

45 - Valor Unificado (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

47 - Sigla Ref

48 - Gr. Part

49 - Colégio na Operadora/CPF

50 - Nome do Profissional

51 - Conselho Profissional

52 - Número no Conselho

53 - UF

54 - Código CBO

55 - Data de Realização do Procedimento em Série

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: CFSILVA

Data: 27/09/2021 21:41:54

Contat: 6678143

Assinatura: 6678143

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

6678143



Atendimento: 6678143 Pedido: 2369172 Ac. Number: 2958095
Registro / Nome: ALESSSANDRA DE SOUZA CIRILO
Data de Nascimento: 05/04/2005 Idade: 16 anos, 5 meses e 21 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 27/09/2021 16:32:00 Laudado: 05/10/2021
08:30:59
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - COLUNA CERVICAL

- Corpos vertebrais íntegros.
- Diminuição do espaço C3-C4.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6157770 DATA: 27/09/2021 16:32
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6678143 DT NASC: 05/04/2005 (16A 5M 24D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 534718 - ALESSSANDRA DE SOUZA CIRILO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2021 15:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA.

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6678143

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX COLUNA CERVICAL (C.C)
Justificativa.: DOR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1

VISITA HOSPITALAR

2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

27.09.21 *[assinatura]*

PRESCRIÇÃO.: 6157801 DATA: 27/09/2021 16:57
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6678143 DT NASC: 05/04/2005 (16A 5M 24D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 534718 - ALESSSANDRA DE SOUZA CIRILO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2021 15:32 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

cervicalgia de início há 1 dia após brincar em touro mecânico (lesão chicote?)
nega perda consciência, nega déficits neurológicos, náuseas ou vômitos
deambula sem auxílio

ef: dor a palpação em região cervical e paracervical
sem alterações de pele

contratura muscular

rx sem sinais de fraturas com desvio ou luxação no momento

cd: oriento sobre o quadro
analgesia
retorno em caso de necessidade
atestado 3 dias
alta

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 - TETO 1522

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

6678143

Nome do Paciente		Data de nascimento	
Convênio	Atendimento	Data do Atendimento	Referência
Origem ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ VIAPAR ☐ SRS ☒ OUTROS			
Tipo de Ocorrência		Mecanismo	
☐ TRAUMA ☐ AGRESSÃO ☐ QUEDA	☐ ATROPELAMENTO ☐ AUTO X CAMINHÃO		
☐ CLÍNICO ☐ FAF ☐ QUEIMADURA	☐ QUEDA MOTO ☐ AUTO X AUTO		
☒ ORTOPEDIA ☐ FAF ☐ AFOGAMENTO	☐ QUEDA BICICLETA ☒ OUTROS:		
		☐ AUTO X MOTO	EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO
NEUROLÓGICO	RESPIRATÓRIO	CIRCULATÓRIO	VIAS AÉREAS
☐ AUSENTE	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE	☒ LIVRE
☒ CONSCIENTE	☒ EUPNEICO	☒ NORMOCARDICO	☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL
☐ CONFUSO	☐ TAQUIPNEICO	☐ BRADICARDICO	☐ OBSTRUÇÃO TOTAL
☐ AGITADO	☐ BRADIPNEICO	☐ TAQUICARDICO	☐ EDEMA DE GLOTE
☐ DESCONEXO	☐ ASSISTIDA		
☐ INCOMPREENSÍVEL			
PELE			
☒ NORMAL			
☐ PALIDEZ			
☐ CIANOSE			
☐ ICTERÍCIA			
☐ QUENTE/SECA			
☐ FRIA/PEGAJOSA			
DADOS VITAIS: PA: 101/82 BPM: 77 FR: 16 SPO2: 98 T°: 36,2 Glasgow			
COMORBIDADES		ALERGIAS	
☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA	☐ NÃO	☐ SIM	
☐ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS	Qual(is) <u>nega</u>		
Qual(is) <u>nega</u>			
PRINCIPAIS LESÕES			
☐ ESCORIAÇÃO ☐ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO	☐ FRAT.FECHADA ☐ FRAT.EXPOSTA		
☐ F.C.C	LOCAL: _____		
PROTOCOLO DOR TORÁCICA			
Hora da admissão: _____ Hora da realização ECG: _____ Cateterismo de urgência? ☐ NÃO ☐ SIM			
PROTOCOLO AVC			
Início dos sintomas: _____ Hora da admissão: _____ Hora Tomografia de Crânio: _____			
Hora avaliação Neurologista: _____ Indicada Trombólise? ☐ NÃO ☐ SIM			
PROTOCOLO SEPSE - PACOTE PRIMEIRA HORA			
Hora do início do Protocolo: _____			
☐ Coleta de exames laboratoriais - duas amostras distintas de Hemocultura			
☐ Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos			
☐ Prescrição e administração de antibiótico			
☐ Início de ressuscitação volêmica - se hipotensão			
☐ Início droga vasoativa (Noradrenalina) - se ressuscitação volêmica ineficaz.			
☐ Internação ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Contra referência			

DR

Atendimento

Atendimento: 6678143 Data/Hora: 27/09/2021 15:32 Prioridade: Baixa
Paciente: 534718 - ALESSSANDRA DE SOUZA CIRILO Sexo: F Nasc.: 05/04/2005 (16a 5m 24d)
Estador: 4031 - SAMUEL MACHADO Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Exame

Exatidão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: QUEDA DO MESMO NIVEL COM TRAUMA EM DORSO E CERVICAL / DOR EM LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 98%

Alergias: N

Sinais Vitais

TA: 120 x 82 mmHG Pulso: 77 bpm Temperatura: 36,2 °C

Exatidão

Questionário

Nascimento: Distóico

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Outros

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒

Fumante? Sim ☐ Não ☒

Dor? Sim ☐ Não ☒

Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒

Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒

UF: Hospital: VERDE

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: FAZ USO DE FLUOXETINA